

「第一保健老人醫療保險計劃會員費用償付申報表格」可供您為符合條件的醫療護理與服務所支付的自付費用要求費用償付。請完整填寫所要求的所有資訊並附上支持文件。為不符合條件的醫療護理或服務所提出的費用償付要求將予以拒絕。每次請僅遞交一項費用償付要求。

如果您有任何疑問或者需要填寫本表格的其他幫助，請致電第一保健會員服務部，電話號碼是**1-888-260-1010**（聽力語言殘障服務專線TTY 1-888-542-3821），十月至三月的服務時間是每週七天，每天上午8時至晚上8時；四月至九月的服務時間是週一至週五，上午8時至晚上8時。如果您需要填寫本表格的面對面協助，請來訪我們方便您的第一保健社區辦公室。請上網查看服務時間與地點，網址是zh.healthfirst.org/healthfirst-community-office。以下是關於如何填寫本表格的一些提示：

第一部份 | 費用償付理由

- 選擇您要求費用償付的理由
- 如果您沒有在所列項目中看到您要求償付的理由類別，請在「其他」提供詳細描述。

第二部份 | 會員資訊

- 填寫您的會員ID號碼（您可在您的會員ID卡上找到該號碼）
- 填寫您會員ID卡所示的姓名
- 填寫您的電話號碼，以備我們需要與您聯繫，確認任何資訊

第三部份 | 會員證言

- 請在您的表格上簽名並註明日期，以證明表格上的資訊以及所附的文件均準確及完整
- 如果您是受益人的代表，請確保完成並附上一份指定代表表格(Appointment of Representative form，網址是<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>)
- 附上支持文件並遞交已完成的表格至：

Healthfirst Member Services
P.O. Box 5165
New York, NY 10274-5165

第四部份 | 費用償付詳情

- 請提供您所接受的醫療護理或服務的詳情，包括日期、描述、醫療服務提供者的聯絡資訊以及您所支付的金額
- 請根據需要包括與同一項醫療護理或服務相關的多項費用

第五部份 | 支持文件

- 請確保您的支持文件清晰易讀
- 任何支持文件的每頁上方均需註明您的會員ID號碼
- 請不要遞交收據原件。請保管好原件並將複本遞交給第一保健

第一部份 | 費用償付理由

我沒有使用我的會員ID卡
我去看了網絡外的醫療服務提供者（請說明原因）

我在國外旅遊
其他（請說明原因）

第二部份 | 會員資訊

會員ID號碼（可在您的第一保健會員ID卡上找到該號碼）

姓名	電話		
地址	城市	州	郵遞區號

您是（請勾選一項）： 會員 或 受益人的代表

如果您是受益人的代表，請附上所要求的指定代表表格（Appointment of Representation，簡稱AOR）、授權書（Power of Attorney）或者遺產執行人文件（Executor of Estate）等表格。
可透過<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>獲得指定代表表格。

第三部份 | 會員證言

本人在此簽字作證，本人在作為第一保健老人醫療保險計劃會員期間確曾為所接受的服務支付下列金額的費用。本人進一步證明，本表格所附付款證據在所有方面均準確、真實及完整。任何人明知並意圖詐騙任何保險公司，或其他人士用含有任何實質性虛假資訊來申請保險或陳述主張，或為誤導而隱瞞與任何事實材料有關資訊，均犯了欺詐保險行為，這是犯罪，且應就各項違規受不超過五千美元及其主張的法定價格的民事罰款。

會員簽名（必填）

日期

受益人代表簽名

日期

如果您是作為受益人代表簽字的，我們需要您與會員的簽名。

第四部份 | 費用償付詳情

請在下方提供您費用償付要求的詳情。請根據需要包括與同一項醫療護理或服務相關的多項費用。

護理或服務日期	護理或服務相關描述
醫療服務提供者姓名	醫療服務提供者地址
醫療服務提供者電話號碼	所支付的金額：\$

護理或服務日期	護理或服務相關描述
醫療服務提供者姓名	醫療服務提供者地址
醫療服務提供者電話號碼	所支付的金額：\$

護理或服務日期	護理或服務相關描述
醫療服務提供者姓名	醫療服務提供者地址
醫療服務提供者電話號碼	所支付的金額：\$

第五部份 | 支持文件

支持文件必須顯示付款證據。如果您沒有各項服務的詳細收據，請要求服務提供者提供複本。缺少付款證據的費用償付要求可能會予以拒絕。請確保您的複本清晰易讀。

請不要遞交收據原件。請將所有支持文件遞交至：

Healthfirst Member Services
P.O. Box 5165
New York, NY 10274-5165

承保由第一保健健保計劃公司 (Healthfirst Health Plan, Inc.) 或第一保健保險公司 (Healthfirst Insurance Company, Inc.) (統稱為「第一保健」(Healthfirst)) 提供。第一保健老人醫療保險計劃遵守適用的聯邦民權法律規定，不因種族、膚色、民族血統、年齡、殘障或性別而歧視任何人。

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-866-305-0408 (TTY 1-888-542-3821). ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-866-305-0408 (TTY 1-888-867-4132).